

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
 Qualitätssicherung  
 Vogelsgarten 6  
 90402 Nürnberg

## Antrag

auf Teilnahme an der Förderung der ambulanten Therapie bei Patienten mit Multipler Sklerose

### 1. Allgemeine Angaben

**Antragsteller** (bei angestellten Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

**LANR:** | |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_ tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_ (Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_ (Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt seit/ab: \_\_\_\_\_ (Name des KH) tt.mm.jj

\_\_\_\_\_  
 Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

\_\_\_\_\_  
 E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
 Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
 Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

### Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

**LANR:** | |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_ tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: \_\_\_\_\_ tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_ tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_ tt.mm.jj

## 2. Beantragung

Beantragt wird die Teilnahme an der Zusatzvereinbarung zur Förderung der ambulanten Therapie bei Patienten mit Multipler Sklerose – abgeschlossen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Krankenkassenverbänden in Bayern.

## 3. Fachliche Voraussetzungen

**Sämtliche** der im Folgenden genannten Teilnahmevoraussetzungen werden erfüllt:

Das Praxispersonal, das die nichtärztliche Betreuung von Multiple-Sklerose-Patienten übernimmt, hat erfolgreich an einer eintägigen Schulung zum Thema Multiple Sklerose mit folgenden Inhalten teilgenommen:

- Grundlagen der Multiple Sklerose
- Begleiterkrankungen
- Diagnose- und Therapiemöglichkeiten
- Patientenkommunikation, Theorie und Praxis

Der Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme wird in Kopie beigelegt. Der Nachweis darf nicht älter als drei Jahre sein (Es gilt das Veranstaltungsdatum. Stichtag ist das Einreichungsdatum dieses Teilnahmeantrages).

Die Fortbildungspflicht besteht bei einem Mitarbeiterwechsel auch für neue Mitarbeiter im Praxisteam, die die nichtärztliche Betreuung von Multiple-Sklerose-Patienten übernehmen. Ein entsprechender Nachweis ist einzureichen.

## 4. Teilnahmepflichten

**Sämtliche** der im Folgenden genannten Teilnahmeverpflichtungen werden eingehalten:


4.1	Patienten mit Verdacht auf Multiple Sklerose über den Diagnoseprozess im Allgemeinen und die Lumbalpunktion im Besonderen ausführlich aufzuklären.
4.2	Die Betreuung und Überwachung meiner Multiple-Sklerose-Patienten in der Praxis über zwei Stunden im Anschluss an die Infusion nach GOP 02100 sicherzustellen.
4.3	Die Compliance der Multiple-Sklerose-Patienten in meiner Praxis zu fördern. Hierzu werden in meiner Praxis Patientenschulungen (einzeln oder in der Gruppe) durch das Praxispersonal angeboten, die mindestens folgende Inhalte umfassen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Krankheitsverständnis zu Multipler Sklerose</li> <li>▪ Medikation</li> <li>▪ Injektionstraining</li> <li>▪ Ausführliche, individuelle Information über Nebenwirkungen und mögliche Abhilfemaßnahmen oder Vermeidungsstrategien</li> </ul>
4.4	Den Behandlungsverlauf pro Patient über das von der KVB bereitgestellte Online Portal für ambulante Leistungen (OPAL) einmal pro Quartal unter meiner eigenen Arztkennung elektronisch zu dokumentieren. Die Dokumentation erfolgt über den in OPAL bereitgestellten elektronischen Bogen zur Multiplen Sklerose im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung des Patienten, spätestens bis zum 10. Kalendertag des Folgequartals. Hinweis: Hat in einem Quartal kein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden, so ist keine elektronische Dokumentation notwendig.
4.5	Die Behandlung meiner Patienten an den jeweils aktuellen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) zur Diagnostik und Therapie der Multiplen Sklerose auszurichten.

Mit einer Begehung der genutzten Praxisräume im Zusammenhang mit der Zusatzvereinbarung Multiple Sklerose erkläre ich mich einverstanden.

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Teilnahmeantrags.


Ich bin damit einverstanden, dass die KVB den kassenseitigen Vertragspartner(n) regelmäßig über die Durchführung und Ergebnisse der Zusatzvereinbarung Multiple Sklerose – unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Belange – berichtet.

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen die Teilnahmeerlaubnis zugegangen ist.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise als Original oder Kopie dem Antrag beizulegen.


Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter 

Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätigen Arzt 

Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Teilnahmeantrag beigefügt
1) Nachweis über Schulung des Praxispersonals zum Thema Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Teilnahmeantrag – Anhang –



### **Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen**

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

#### **Entzug der Teilnahmeerlaubnis**

Bei Verletzung der Teilnahmevoraussetzungen oder der Teilnahmepflichten widerruft die KVB die Teilnahmeerlaubnis. Die Teilnahmeerlaubnis wird mit Datum der Feststellung der Pflichtverletzung seitens der KVB widerrufen.

Sobald der Arzt, dessen Teilnahmeerlaubnis widerrufen wurde, wieder alle erforderlichen Teilnahmevoraussetzungen und Teilnahmepflichten gegenüber der KVB nachgewiesen hat, ist er zur erneuten Teilnahme berechtigt. Dies bedarf einer erneuten Einsendung eines Teilnahmeantrags sowie einer erneuten Erteilung der Teilnahmeerlaubnis.